

2020 年度 視覚障害ガイドヘルパー養成研修受講申込書（一般課程）

記入日： 年 月 日

フリガナ				男 ・ 女
氏名				
住所		〒		
携帯電話			電話番号	
生年月日		昭和・平成	年 月 日生	歳
連絡先 緊急	フリガナ		続柄	
	氏名		電話番号	
事業所 情報等	事業所名			
	住所	〒		
	電話番号			
受講決定通知 郵送先		☐ 受講生住所 ☐ 事業所住所 ☐ その他（ ）		
領収証宛名		☐ 受講生氏名 ☐ 事業所名 ☐ その他（ ） ※受講料は研修初日に現金にてお支払いください。		
受講動機		・ 同行援護の仕事に就きたい ・ ボランティアとして活動したい ・ 介助技術を高めたい ・ その他（ ） ・ 業務上この資格を必要とするため ・ 障害者福祉について勉強したい ・ 家族介護のため		
研修を何で 知りましたか		・ 事業所への案内 ・ ホームページ（ホームページ名 ） ・ ちらし（設置場所 ） ・ 紹介（紹介者 ） ・ その他（ ） ・ 神戸アイライト協会からのメール		
視覚障害者との係わり はありましたか		・ 家族にいる ・ 友人、知人にいる ・ ボランティアをした ・ 仕事で係わった ・ その他（ ）		
福祉関係の資格 はありますか		・ 視覚障害移動支援（取得事業所 取得年月日 ） ・ 同行援護一般（取得事業所 取得年月日 ） ・ 同行援護応用（取得事業所 取得年月日 ） ・ その他（ ）		
その他(連絡してお きたいこと、視覚障 害について思うこと など)				
※本部記入欄（備考）				